N° 82-003-X au catalogue
ISSN 1209-1375

Rapports sur la santé

Santé mentale positive et maladie mentale

par Heather Gilmour

Date de diffusion : le 17 septembre 2014

Statistique Canada Statistics Canada

Canada

Comment obtenir d'autres renseignements

Pour toute demande de renseignements au sujet de ce produit ou sur l'ensemble des données et des services de Statistique Canada, visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca.

Vous pouvez également communiquer avec nous par :

Courriel à infostats@statcan.gc.ca

Téléphone entre 8 h 30 et 16 h 30 du lundi au vendredi aux numéros sans frais suivants :

- Service de renseignements statistiques 1-800-263-1136
- Service national d'appareils de télécommunications pour les malentendants 1-800-363-7629
- Télécopieur 1-877-287-4369

Programme des services de dépôt

- Service de renseignements 1-800-635-7943
- Télécopieur 1-800-565-7757

Comment accéder à ce produit

Le produit n° 82-003-X au catalogue est disponible gratuitement sous format électronique. Pour obtenir un exemplaire, il suffit de visiter notre site Web à www.statcan.gc.ca et de parcourir par « Ressource clé » > « Publications ».

Normes de service à la clientèle

Statistique Canada s'engage à fournir à ses clients des services rapides, fiables et courtois. À cet égard, notre organisme s'est doté de normes de service à la clientèle que les employés observent. Pour obtenir une copie de ces normes de service, veuillez communiquer avec Statistique Canada au numéro sans frais 1-800-263-1136. Les normes de service sont aussi publiées sur le site www.statcan.gc.ca sous « À propos de nous » > « Notre organisme » > « Offrir des services aux Canadiens ».

Publication autorisée par le ministre responsable de Statistique Canada

© Ministre de l'Industrie, 2014

Tous droits réservés. L'utilisation de la présente publication est assujettie aux modalités de l'entente de licence ouverte de Statistique Canada (http://www.statcan.gc.ca/reference/licence-fra.htm).

This publication is also available in English.

Note de reconnaissance

Le succès du système statistique du Canada repose sur un partenariat bien établi entre Statistique Canada et la population du Canada, ses entreprises, ses administrations et les autres établissements. Sans cette collaboration et cette bonne volonté, il serait impossible de produire des statistiques exactes et actuelles.

Signes conventionnels

Les signes conventionnels suivants sont employés dans les publications de Statistique Canada :

.	indisponible pour toute période de référence
..	indisponible pour une période de référence précise
...	n'ayant pas lieu de figurer
0	zéro absolu ou valeur arrondie à zéro
0^s	valeur arrondie à 0 (zéro) là où il y a une distinction importante entre le zéro absolu et la valeur arrondie
^{p}	provisoire
^{r}	révisé
x	confidentiel en vertu des dispositions de la *Loi sur la statistique*
^{E}	à utiliser avec prudence
F	trop peu fiable pour être publié
*	valeur significativement différente de l'estimation pour la catégorie de référence (p<0,05)

Santé mentale positive et maladie mentale

par Heather Gilmour

Résumé

Selon le questionnaire abrégé du Continuum de la santé mentale (Mental Health Continuum Short Form) administré dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC–SM) menée en 2012, les pourcentages de Canadiens de 15 ans et plus classés comme ayant une santé mentale florissante, modérément bonne ou languissante, sont respectivement de 76,9 %, 21,6 % et 1,5 %. Comparativement aux estimations pour d'autres pays, un pourcentage plus élevé de Canadiens ont une santé mentale florissante. Conformément au modèle de la santé mentale complète, la santé mentale est également évaluée en fonction de la présence ou de l'absence de maladie mentale (dépression, trouble bipolaire, trouble d'anxiété généralisée, abus d'alcool ou dépendance à l'alcool, abus de cannabis ou dépendance au cannabis, et abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues). D'après les estimations, environ 72,5 % des Canadiens (19,8 millions) sont classés comme ayant une santé mentale complète, c'est-à-dire qu'au cours des 12 mois ayant précédé l'ESCC–SM, ils avaient une santé mentale florissante et ne répondaient aux critères d'aucun des six troubles mentaux ou de consommation d'alcool ou de drogues visés par l'ESCC–SM. L'âge, l'état matrimonial, le statut socioéconomique, la spiritualité et la santé physique étaient associés à une santé mentale complète. Les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'avoir une santé mentale complète.

Mots-clés

Études transversales, enquêtes sur la santé, troubles de l'humeur, qualité de vie, bien-être subjectif, troubles de consommation d'alcool ou de drogues

Auteure

Heather Gilmour (heather.gilmour@statcan.gc.ca) travaille à la Division de l'analyse de la santé de Statistique Canada, Ottawa (Ontario) K1A 0T6

L'Organisation mondiale de la Santé définit la santé mentale comme « un état de bien-être qui permet à chacun de réaliser son potentiel, de faire face aux difficultés normales de la vie, de travailler avec succès et d'une manière productive et d'être en mesure d'apporter une contribution à la communauté »[1]. Cette définition souligne le fait que la santé mentale va au-delà de la seule absence de maladie mentale. Les connaissances sur la prévalence et les déterminants de la santé mentale sont importantes pour éclairer les programmes en matière de promotion et d'intervention.

Dans la présente analyse, on examine les pourcentages de Canadiens de 15 ans et plus appartenant à trois catégories de santé mentale, à savoir florissante, languissante et modérément bonne, telles que définies selon le questionnaire abrégé du Continuum de santé mentale (CSM)[2]. Conformément au modèle de la santé mentale complète[2], la santé mentale a été évaluée en combinaison avec la présence ou l'absence de six maladies mentales mesurées dans le cadre de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESCC–SM) menée en 2012 : la dépression, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, l'abus d'alcool ou la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis ou la dépendance au cannabis et l'abus d'autres drogues ou la dépendance à d'autres drogues. On s'est servi de la World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview 3.0 pour évaluer ces troubles (voir *Les données*). Pour mieux comprendre les caractéristiques des personnes ayant les niveaux les plus élevés de santé mentale, on a examiné la prévalence et les rapports corrigés de cotes pour la santé mentale complète en fonction des corrélats sociodémographiques et de santé.

Modèle de la santé mentale complète

Dans le modèle à deux continuums de Keyes[2], la santé mentale et la maladie

Les données

Source des données

L'échantillon transversal de l'Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale (ESSC–SM) de 2012 était composé de la population à domicile de 15 ans et plus des dix provinces. Étaient exclus du champ de l'enquête les habitants des réserves et d'autres établissements autochtones, les membres à temps plein des Forces canadiennes et les résidents d'établissements. Le taux de réponse a été de 68,9 %, ce qui correspond à un échantillon de 25 113 personnes représentatif de 28,3 millions de Canadiens. Les analyses ont été effectuées en SAS, v. 9.1. On a appliqué des poids d'échantillonnage aux données, afin qu'elles soient représentatives de la population canadienne. Afin de tenir compte de la sous-estimation des erreurs types attribuable au plan de sondage complexe, on a appliqué des poids *bootstrap* au moyen de la version 11.0 de SUDAAN[12].

Définitions

L'annexe A donne un aperçu du questionnaire abrégé du Continuum de santé mentale. La structure à trois facteurs du bien-être mental employée dans les études d'autres populations[7,13-15] a été reprise ici pour la population canadienne. La cohérence interne (coefficient alpha de Cronbach) s'établissait à 0,82, 0,77 et 0,83, respectivement, pour les sous-échelles du bien-être émotionnel, du bien-être social et du bien-être psychologique. La fiabilité de l'échelle au complet s'établissait à 0,89.

La World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH–CIDI)[16] est un outil normalisé qui sert à l'évaluation des troubles mentaux et des problèmes de santé mentale en fonction des critères du DSM-IV (*Manuel diagnostique et statistique des troubles mentaux, Quatrième édition*) qui est couramment utilisé dans les enquêtes auprès de la population[20,21]. On a tenu compte de six troubles mentaux (au cours de la vie et au cours de l'année précédente) dans l'ESCC–SM de 2012, à savoir la dépression, le trouble bipolaire, le trouble d'anxiété généralisée, l'abus d'alcool et la dépendance à l'alcool, l'abus de cannabis et la dépendance au cannabis, et l'abus d'autres drogues et la dépendance à d'autres drogues. À l'aide d'algorithmes de diagnostic, on a identifié les participants à l'enquête qui répondaient aux critères de ces troubles. On a produit des totalisations croisées de la santé mentale et la maladie mentale pour créer six catégories.

Quatre groupes d'âge ont été définis : 15 à 24 ans; 25 à 44 ans; 45 à 64 ans; et 65 ans et plus. L'âge a été considéré comme une variable continue dans l'analyse multidimensionnelle.

Le niveau le plus élevé de scolarité du ménage comprenait deux catégories : les personnes qui avaient terminé leurs études postsecondaires et les personnes qui ne l'avaient pas fait. Le revenu représentait le ratio du revenu du ménage au seuil de faible revenu[22] et était divisé en quintiles. La situation d'emploi indiquait si les participants à l'enquête avaient travaillé au cours des deux semaines précédant l'entrevue.

Par « immigrant », on entendait les participants à l'enquête nés à l'extérieur du Canada qui n'avaient pas la citoyenneté canadienne. Les personnes nées au Canada, aux États-Unis ou au Groenland ayant déclaré être Première Nation, Métis ou Inuit ont été classées comme Autochtones.

Les collectivités de 1 000 habitants ou plus ayant une densité de population d'au moins 400 habitants au km carré ont été classées comme des centres de population (par opposition à des régions rurales).

Les participants qui ont répondu « très importantes » ou « quelque peu importantes » (comparativement à « pas très importantes » ou « pas importantes du tout ») à la question « En général, dans quelle mesure les croyances religieuses ou spirituelles sont-elles importantes dans votre vie de tous les jours? » ou qui ont répondu « beaucoup » ou « assez » (comparativement à « un peu » ou « pas du tout ») à la question « Dans quelle mesure vos croyances religieuses ou spirituelles vous donnent-elles la force de faire face aux difficultés quotidiennes? » ont été classées comme ayant une spiritualité forte.

On a additionné ensemble les problèmes de santé physique diagnostiqués par un professionnel de la santé qui avaient duré ou devaient durer six mois ou plus et on a classé les participants à l'enquête selon le nombre de problèmes de santé chroniques déclarés, à savoir Aucun, 1, 2, ou 3 et plus. Les problèmes de santé pris en considération étaient l'asthme, l'arthrite, les problèmes de dos sauf la fibromyalgie ou l'arthrite, la migraine, la bronchite chronique/l'emphysème/la MPOC, le diabète, l'épilepsie, la maladie cardiaque, le cancer, les séquelles d'un accident vasculaire cérébral, les maladies intestinales/la maladie de Crohn/la colite, la maladie d'Alzheimer ou d'autres formes de démence, le syndrome de fatigue chronique, les sensibilités multiples aux agresseurs chimiques et l'hypertension artérielle.

Les participants à l'enquête qui ont indiqué ne pas être habituellement sans douleur ou malaise ont été considérés comme souffrant de douleur chronique, et on leur a demandé le nombre d'activités que leurs douleurs les empêchaient de faire.

Limites

Les troubles mentaux ont été identifiés au moyen d'un algorithme fondé sur les réponses fournies à la CIDI, non sur un diagnostic clinique. En outre, l'ESCC–SM portait sur certains troubles mentaux seulement et la population vivant en établissement en était exclue, ce qui a peut-être donné lieu à une sous-estimation du taux de prévalence. Étant donné que l'enquête est transversale, on n'a pu établir de lien temporel entre les variables. Les données sont autodéclarées et n'ont été vérifiées à l'aide d'aucune autre source.

mentale forment des axes distincts mais corrélés, l'un représentant la santé mentale (présence ou absence), et l'autre, la maladie mentale (présence ou absence). Telle qu'elle est mesurée dans le questionnaire abrégé du CSM, la santé mentale positive (ci-après appelée « santé mentale ») allie un sentiment positif à l'égard de la vie et une bonne santé fonctionnelle. L'échelle d'évaluation comprend 14 questions (annexe) qui servent à mesurer le bien-être émotionnel et certains aspects du fonctionnement psychologique et social des participants à l'enquête, aux fins de leur classement en fonction des catégories « florissante » (niveaux élevés de bien-être émotionnel et de fonctionnement positif), « languissante » (faibles niveaux de bien-être émotionnel et de fonctionnement positif) et « modérément bonne » (ni florissante, ni languissante) de santé mentale. Des études ont montré que la santé mentale florissante protège contre la mortalité toutes causes confondues[3] et le comportement suicidaire, ainsi que contre le dysfonctionnement scolaire chez l'étudiant[4], et qu'elle est prédictive du risque de dépression plus tard[5]. L'amélioration de la santé mentale a été associée à une cote exprimant le risque de maladie mentale plus faible[6].

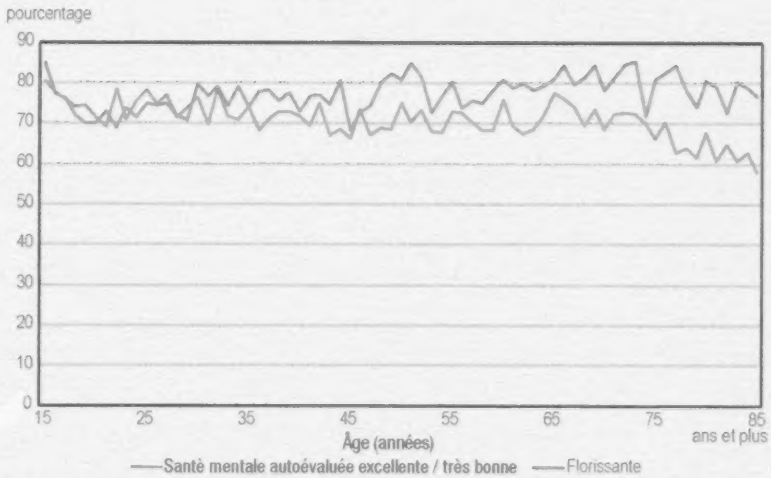
L'absence de maladie mentale ne veut pas dire que la santé mentale existe pour autant, pas plus que la santé mentale n'implique l'absence de maladie mentale[2,7]. Le modèle de la santé mentale complète met la santé mentale (florissante, languissante et modérément bonne) et la maladie mentale (absence ou présence) en présence l'une de l'autre pour classer les personnes en fonction de six états. Ainsi, l'état « santé mentale complète » regroupe les personnes ayant une santé mentale florissante qui n'ont pas de maladie mentale. Le classement dans une catégorie autre que « santé mentale complète » a été associé à des limitations dans l'accomplissement des activités de tous les jours, à des jours de travail manqués, à des problèmes physiques et à une plus grande utilisation des services de soins de santé de courte durée et des médicaments sur ordonnance[2,8-11].

La majorité a une santé mentale florissante

En 2012, les pourcentages de Canadiens classés comme ayant une santé mentale florissante, modérément bonne ou languissante étaient de 76,9 %, 21,6 % et 1,5 %, respectivement. Les pourcentages ayant une santé mentale florissante étaient plus élevés que ceux observés pour les États-Unis[4,23-25], les Pays-Bas[16], l'Afrique du Sud[14], la France[17] et la Corée[18], lesquels allaient de 11,7 % à 69,1 %. Cependant, les enquêtes menées antérieurement ont été réalisées par téléphone, par la poste et par Internet, et ont porté sur des échantillons représentatifs et de commodité, ainsi que sur des groupes d'âge, des sous-populations et des niveaux géographiques différents. Chacun de ces éléments a vraisemblablement eu un effet sur l'étendue de la prévalence de la santé mentale florissante. Les données pourraient être biaisées si les personnes en mauvaise santé mentale étaient moins susceptibles que les autres de participer à l'ESCC–SM, ou encore, si la santé mentale varie beaucoup entre les trois territoires et parmi les groupes exclus de l'ESCC–SM. Cela étant dit, les territoires représentent 0,3 % de la population cible[26], et les exclusions, environ 3 %[27].

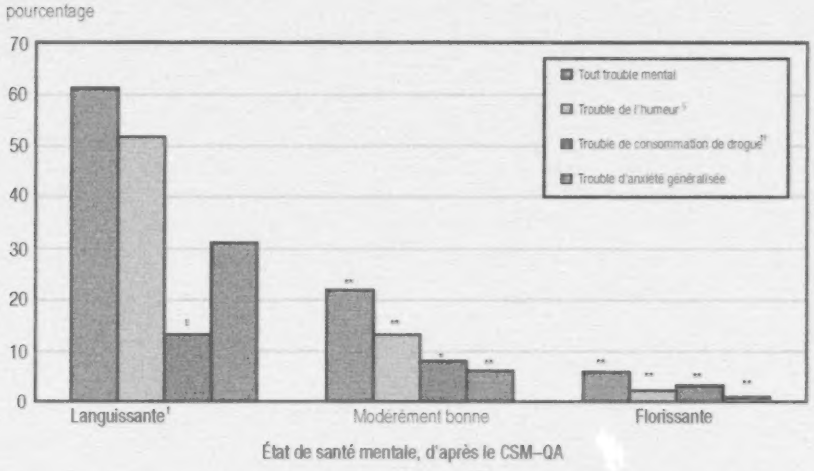
Dans une étude européenne de plusieurs pays fondée sur des méthodes d'enquête compatibles, la prévalence du bien-être positif variait beaucoup d'un pays à l'autre[28]. Selon une mesure similaire sur le plan conceptuel au questionnaire abrégé du CSM, la prévalence de la santé mentale « florissante » quadruplait entre les pays où elle était la plus faible et celui où elle était la plus élevée (9,3 % comparativement à 40,6 %), ce qui laisse supposer que les facteurs culturels peuvent entrer en jeu. En outre, une comparaison du questionnaire abrégé du CSM dans trois pays (Pays-Bas, Afrique du Sud et Iran)[29] a permis de conclure que les éléments de l'échelle fonctionnaient de la même façon d'une culture à l'autre; ainsi, les différences concernant le questionnaire et ses associations avec les résultats en santé étaient attribuables à des différences culturelles, et non au fonctionnement de l'échelle.

Figure 1
Pourcentage ayant déclaré une santé mentale excellente ou très bonne et prévalence de la santé mentale florissante, selon l'âge, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012



Sources : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes, 2012; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Figure 2
Prévalence des troubles mentaux déclarés pour les 12 derniers mois[‡], selon l'état de santé mentale, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012



‡ à utiliser avec prudence † groupe de référence
* valeur significativement différente de celle obsevée pour le groupe de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,01$)
‡ tels que mesurés par la World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH–CIDI)
§ dépression ou trouble bipolaire
¶ trouble de consommation (abus ou dépendance) d'alcool, de cannabis ou d'autres drogues
Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Tableau 1
Prévalence des catégories de diagnostic du modèle de la santé mentale complète, population à domicile de 15 ans et plus, Canada, territoires non compris, 2012

Tout trouble mental au cours des 12 derniers mois[‡]	Diagnostic de santé mentale		
	Languissante	Modérément bonne	Florissante
Non	Santé mentale languissante 0,6 % (0,5 % à 0,7 %)	Santé mentale modérément bonne 16,8 % (16,0 % à 17,6 %)	Santé mentale complète 72,5 % (71,6 % à 73,5 %)
Oui	Maladie mentale et santé mentale languissante 0.9% (0.7% to 1.1%)	Maladie mentale et santé mentale modérément bonne 4.7% (4.3% to 5.1%)	Maladie mentale et santé mentale florissante 4.5% (4.1% to 5.0%)

‡ dépression; trouble bipolaire; trouble d'anxiété généralisée; abus d'alcool ou dépendance à l'alcool; abus de cannabis ou dépendance au cannabis; abus d'autres drogues ou dépendance à d'autres drogues, tels que mesurés par la World Mental Health – Composite International Diagnostic Interview 3.0 (WMH–CIDI)
Nota : Intervalles de confiance à 95 % entre parenthèses
Sources : Adapté de Keyes[2]; Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

Santé mentale autoévaluée

Pour vérifier la validité conceptuelle, on a comparé les estimations de la prévalence de la santé mentale florissante selon l'ESCC–SM et celles tirées de la composante annuelle de l'ESCC de 2012 sur la santé mentale autoévaluée. L'autoévaluation de la santé mentale reposait sur la question suivante : « Comment évaluez-vous votre santé mentale? » Bien que celle-ci soit moins complète que le questionnaire du CSM, on s'attendrait que les deux instruments mesurent les mêmes concepts. Le pourcentage de Canadiens ayant évalué leur santé mentale comme étant « excellente » ou « très bonne » (comparativement à « bonne », « passable » ou « mauvaise ») correspondait au pourcentage qui avaient une santé mentale florissante (figure 1), même si les deux instruments de mesure donnaient des résultats divergeants chez les personnes âgées. Cela donne du poids à l'estimation plus élevée de l'ESCC–SM relative à la santé mentale florissante, par comparaison aux autres enquêtes[4,14,16-18,23,24].

Trouble mental et santé mentale

En 2012, 10,1 % des Canadiens de 15 ans et plus (2,8 millions) répondaient aux critères relatifs à au moins l'un des six troubles mentaux ou de consommation de l'alcool ou de drogues au cours des 12 mois ayant précédé l'ESCC–SM. Ces données reflètent les réponses autodéclarées à l'instrument d'enquête WMH-CIDI (voir *Les données*) et n'englobent pas tous les troubles mentaux. Comme on pouvait s'y attendre, il en ressort un rapport inverse entre la santé mentale et le trouble mental (figure 2).

Selon des études d'évaluation de la santé mentale et la maladie mentale conjuguées[2,7], en 2012, environ 72,5 % des Canadiens de 15 ans et plus (19,8 millions) ont été classés comme ayant une santé mentale complète, c'est-à-dire qu'ils avaient une santé mentale florissante et ne répondaient pas aux critères des troubles mentaux (tableau 1). Ce pourcentage est plus élevé que ceux se dégageant d'études américaines, qui s'établissent à 32,7 % chez les adultes[16], 37,9 % chez les adolescents[23], et 49,3 %[4] et 60,7 %[24] chez les étudiants de niveau collégial. Outre les facteurs mentionnés précédemment (groupes d'âge, sous-populations, méthodes de collecte d'enquête et facteurs culturels), des différences de mesure du trouble mental pourraient expliquer la variation entre ces études.

Même si cela est beaucoup moins répandu, la santé mentale florissante ou modérément bonne peut exister en présence d'une maladie mentale (4,5 % et 4,7 %, respectivement), et la santé mentale languissante, en présence ou en l'absence d'un trouble mental (0,9 % et 0,6 %, respectivement). Dans la présente étude, le score continu de santé mentale n'était que modérément corrélé avec quelconque trouble mental (-0,31), trouble de l'humeur (-0,31), trouble de consommation d'alcool ou de drogues (-0,13) ou avec le trouble d'anxiété généralisée (-0,23) ($p < 0,01$), ce qui

Tableau 2
Pourcentage et rapport corrigé de cotes, santé mentale complète chez la population à domicile de 15 ans et plus, selon certaines caractéristiques, Canada, territoires non compris, 2012

		Santé mentale complète					
		Prévalence			Rapport corrigé de cotes		
			Intervalle de confiance à 95 %			Intervalle de confiance à 95 %	
Caractéristiques	Nombre estimé (en milliers)	%	de	à		de	à
Sexe							
Masculin	9 668	71,9	70,6	73,3	1,0	0,9	1,1
Féminin†	10 123	73,1	71,8	74,3	....	....	....
Âge (considéré comme une variable continue pour la régression logistique)					1,01**	1,01	1,02
15 à 24 ans†	2 809	64,6	62,3	66,8	...	...	...
25 à 44 ans	6 415	71,1**	69,3	72,8	...	...	...
45 à 64 ans	6 936	74,4**	72,7	76,1	...	...	...
65 à 74 ans	2 209	79,6**	77,6	81,5	...	...	...
75 ans et plus	1 422	78,3**	76,0	80,5	...	...	...
État matrimonial							
Conjoint de fait†	12 521	76,5	75,3	77,7	1,0	...	...
Veuf ou veuve/séparé(e)/divorcé(e)	2 493	71,5**	69,0	73,9	0,8*	0,7	1,0
Célibataire (jamais marié(e))	4 744	64,1**	62,3	65,9	0,7**	0,6	0,8
Études postsecondaires							
Oui†	14 514	73,7	72,5	74,7	1,0	...	...
Non	3 824	69,0**	67,0	70,9	0,9*	0,8	1,0
Quintile de revenu							
Le plus faible†	3 539	66,3	64,0	68,6	1,0	...	...
Moyen-inférieur	3 900	71,5**	69,4	73,5	1,0	0,9	1,2
Moyen	3 994	72,4**	70,3	74,4	1,1	0,9	1,3
Moyen-supérieur	4 131	75,3**	73,4	77,2	1,3**	1,1	1,6
Le plus élevé	4 227	76,9**	74,8	79,0	1,3**	1,1	1,6
Situation d'emploi							
A un emploi†	12 941	73,5	72,3	74,7	1,0	...	...
Incapacité de travailler en permanence	315	47,0**	41,2	53,0	0,5**	0,4	0,7
N'a pas d'emploi	5 232	71,3*	69,7	72,9	0,9	0,8	1,1
Immigrant (années au Canada)							
0 à 4 ans	709	77,1*	72,5	81,0	1,2	0,9	1,6
5 à 9 ans	665	75,9	70,1	80,8	1,3	0,9	1,8
10 à 14 ans	571	69,6	62,4	76,0	0,9	0,6	1,3
15 ans et plus	3 236	77,1**	74,4	79,5	1,1	0,9	1,4
Non-immigrant†	14 512	71,4	70,3	72,4	1,0	...	...
Statut d'Autochtone							
Autochtone	591	64,9**	60,4	69,2	0,9	0,7	1,1
Non-Autochtone†	19 177	72,8	71,9	73,8	1,0	...	...
Lieu de résidence							
Centre de population	16 143	71,6**	70,5	72,7	0,8	0,7	0,9
Région rurale†	3 647	76,8	74,8	78,6	1,0	...	...
Forte spiritualité							
Oui	13,282	76,0**	74,8	77,2	1,6**	1,4	1,8
Non†	6,376	66,1	64,4	67,7	1,0	...	...
Problèmes de santé chroniques							
Aucun†	9 623	74,5	73,1	75,8	1,0	...	...
1	5 146	72,1*	70,2	73,9	0,8**	0,7	0,9
2	2 839	74,9	72,7	76,9	1,0	0,9	1,2
3 et plus	2 132	63,8**	61,5	66,1	0,6**	0,5	0,7
Douleur chronique							
Aucune douleur†	16 345	75,2	74,2	76,2	1,0	...	...
Douleur chronique n'empêchant que peu ou pas d'activités	2 207	66,4**	63,7	69,0	0,6**	0,5	0,7
Douleur chronique empêchant quelques/plusieurs activités	1 234	55,3**	52,0	58,6	0,4**	0,4	0,5

† groupe de référence
* valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,05$)
** valeur significativement différente de celle observée pour le groupe de référence ($p < 0,01$)
... n'ayant pas lieu de figurer

Nota : Avoir une santé mentale complète signifie être classé comme ayant une santé mentale florissante selon le CSM–OA et ne répondre aux critères d'aucun des six troubles mentaux ou de consommation au cours des 12 mois ayant précédé l'ESCC–SM (dépression; trouble bipolaire; trouble d'anxiété généralisée; abus d'alcool et dépendance à l'alcool; abus de cannabis et dépendance au cannabis; abus d'autres drogues et dépendance aux autres drogues)

Source : Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes – Santé mentale, 2012.

souligne le fait que la santé mentale va au-delà de l'absence de maladie mentale.

Qui a une santé mentale complète?

Une compréhension des caractéristiques des personnes ayant une santé mentale complète peut servir à éclairer les programmes en matière de promotion et d'intervention en santé mentale[30,31]. Les études des corrélats de la santé mentale complète sont peu nombreuses et aucune n'a porté sur la population canadienne.

Dans la présente étude, les hommes et les femmes étaient aussi susceptibles les uns que les autres d'être classés comme ayant une santé mentale complète (tableau 2). Les résultats d'études antérieures sont ambigus. Dans une étude des adultes américains[7], la prévalence de la santé mentale complète était plus élevée chez les hommes que chez les femmes, mais seulement chez ceux de race noire. Une étude néerlandaise sur les adultes a, quant à elle, observé que les femmes étaient plus susceptibles que les hommes d'avoir une santé mentale complète[16]. Cette même étude a trouvé que les différences de santé mentale complète liées à l'âge cessaient d'être significatives dans une analyse multidimensionnelle[16]. Par comparaison, selon les résultats de l'ESCC–SM, l'association positive avec l'âge persistait, même lorsque les facteurs sociodémographiques et de santé étaient pris en compte. Qui plus est, les personnes ayant un partenaire étaient plus susceptibles que les personnes veuves, séparées, divorcées ou célibataires d'avoir une santé mentale complète.

Les Canadiens se classant dans le quintile de revenu du ménage le plus faible qui étaient sans études postsecondaires et sans emploi ou incapables de travailler en permanence étaient moins susceptibles de déclarer une santé mentale complète. Aux États-Unis, il existait également une association positive entre le niveau de scolarité et la santé mentale complète[7]. Aux Pays-Bas, la santé mentale n'était pas associée de façon significative au revenu, mais il existait un lien entre l'état matrimonial et la maladie complète (santé mentale languissante et maladie mentale)[16].

Bien que des pourcentages relativement élevés d'immigrants récents (au Canada depuis 0 à 4 ans) et moins récents (au Canada depuis 15 ans et plus) ont déclaré une santé mentale complète, l'association entre le statut d'immigrant et la santé mentale complète ne s'est pas révélée significative dans l'analyse multidimensionnelle. Étant donné que les immigrants ne forment pas un groupe homogène, il faudrait mener des analyses intégrant le type d'immigrant et le pays d'origine pour démêler les associations éventuelles.

Une association bidimensionnelle entre le statut d'Autochtone (vivant à l'extérieur des réserves) et la faible prévalence de la santé mentale complète n'a pas persisté dans une analyse multidimensionnelle. Des recherches fondées sur des échantillons de taille assez importante pour permettre d'étudier les Premières Nations, les Métis et les Inuits séparément, en incluant la population vivant dans les réserves, sont nécessaires pour mieux comprendre le rapport entre le statut d'Autochtone et la santé mentale complète.

Les personnes vivant en milieu urbain étaient significativement moins susceptibles (72 %) que celles vivant en milieu rural (77 %) d'avoir une santé mentale complète.

Des recherches ont observé un lien entre la religion ainsi que la spiritualité et la santé mentale[32]. Dans la présente étude, les personnes ayant déclaré avoir une spiritualité forte étaient significativement plus susceptibles d'avoir une santé mentale complète que celles non classées comme ayant une spiritualité forte (76 % par rapport à 66 %).

La santé physique était elle aussi associée à la santé mentale. Le fait d'avoir un problème de santé chronique ou trois problèmes de santé ou plus était associé à une probabilité plus faible de santé mentale complète dans l'analyse bidimensionnelle comme multidimensionnelle; le fait d'avoir deux problèmes de santé chroniques ne l'était pas. L'association entre la douleur chronique et la santé mentale complète fait ressortir un gradient évident : 75 % des personnes n'ayant pas de douleur avaient une santé mentale complète, comparativement à 66 % de celles chez qui la douleur n'empêchait que peu d'activités, voire aucune, et 55 % de celles chez qui elle empêchait quelques activités ou la plupart d'entre elles. Ce gradient s'est maintenu dans l'analyse multidimensionnelle.

Mot de la fin

Les estimations de la santé mentale florissante et complète fondées sur l'ESCC sont plus élevées que celles tirées d'études antérieures. Les résultats appuient le modèle à deux continuums de Keyes, d'après lequel la santé mentale et la maladie mentale représentent des phénomènes liés mais distincts. D'autres études sont nécessaires afin de mieux comprendre dans quelle mesure les différences de méthode d'enquête expliquent les variations observées dans la prévalence de la santé mentale florissante et déterminer si les Canadiens sont plus susceptibles que d'autres populations d'avoir une santé mentale florissante et, le cas échéant, quels facteurs sociodémographiques ou culturels pourraient intervenir.

Références

1. World Health Organization, *What is Mental Health?* disponible à l'adresse http://www.who.int/features/qa/62/en. document consulté le 31 mars 2014.
2. C.M. Keyes, « The Mental Health Continuum: From languishing to flourishing in life », *Journal of Health and Social Research*, 43(June), 2002, p. 207-222.
3. C.L.M. Keyes et E.J. Simoes, « To flourish or not: Positive mental health and all-cause mortality », *American Journal of Public Health*, 102(11), 2012, p. 2164-2172.
4. C.L.M. Keyes, D. Eisenberg, G.S. Perry *et al.*, « The relationship of level of positive mental health with current mental disorders in predicting suicidal behavior and academic impairment in college students », *Journal of American College Health*, 60(2), 2012, p. 126-133.
5. F. Grant, C. Guille et S. Sen, « Well-being and the risk of depression under stress », *PLOS One*, 8(7), 2013, p. e67395.
6. C.L.M. Keyes, S.S. Dhingra et E.J. Simoes, « Change in level of positive mental health as a predictor of future risk of mental illness », *American Journal of Public Health*, 100(12), 2010, p. 366-371.
7. C.L.M. Keyes, « Promoting and protecting mental health as flourishing. A complementary strategy for improving national mental health », *American Psychologist*, 62(2), 2007, p. 95-108.
8. C.L.M. Keyes, « The nexus of cardiovascular disease and depression revisited: The complete mental health perspective and the moderating role of age and gender », *Aging and Mental Health*, 8, 2004, p. 266-274.
9. C.L.M. Keyes, « Chronic physical conditions and aging: Is mental health a potential protective factor? », *Ageing International*, 30(1), 2005, p. 88-104.
10. C.L.M. Keyes, « Mental illness and/or mental health? Investigating axioms of the complete state model of health », *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 73(3), 2005, p. 539-548.
11. C.L.M. Keyes et J.G. Grzywacz, « Health as a complete state: The added value in work performance and healthcare costs », *Journal of Occupational and Environmental Medicine*, 47, 2005, p. 523-532.
12. K.F. Rust et J.N.K. Rao, « Variance estimation for complex surveys using replication techniques », *Statistical Methods in Medical Research*, 5(3), 1996, p. 281-310.
13. S.M. Lamers, C.A. Glas, G.J. Westerhof et E.T. Bohlmeijer, « Longitudinal Evaluation of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) », *European Journal of Psychological Assessment*, 28(4), 2012, p 290-296.
14. C.L.M Keyes, M. Wissing, J.P. Potgieter *et al.*, « Evaluation of the Mental Health Continuum – Short Form (MHC-SF) in Setswana-speaking South Africans », *Clinical Psychology and Psychotherapy*, 15, 2008, p. 181-192.
15. S.M.A. Lamers, G.J. Westerhof, E.T. Bohlmeijer *et al.*, « Evaluating the psychometric properties of the Mental Health Continuum–Short Form (MHC-SF) », *Journal of Clinical Psychology*, 67(1), 2011, p. 99-110. doi: 10.1002.jclp.20741.
16. G.J. Westerhof et C.L.M. Keyes, « Mental illness and mental health: The Two Continua Model across the lifespan », *Journal of Adult Development*, 17, 2010, p. 110-119.
17. A. Ismail et M. Salama-Younes, « Validation of the factor structure of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) for physically active old adult », *World Journal of Sport Sciences*, 4(1), 2011, p. 24-30.
18. L. Young-Jin, « Psychometric characteristics of the Korean Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF) in an adolescent sample », *Journal of Psychoeducational Assessment*, 2013, doi: 10.1177/073-4282913511431
19. R.C. Kessler et T.B. Ustun, « The World Mental Health (WMH) Survey Initiative Version of the World Health Organization (WHO) Composite International Diagnostic Interview (CIDI) », *The International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 93-121.
20. R.C. Kessler, P. Berglund, W.T. Chiu *et al.*, « The US National Comorbidity Survey Replication (NCS-R): Design and field procedures », *International Journal of Methods in Psychiatric Research*, 13(2), 2004, p. 1369-1392.
21. Australian Bureau of Statistics, *2007 National Survey of Mental Health and Wellbeing: User's Guide* (Catalogue 4327.0) Canberra, Australian Bureau of Statistics, 2009.
22. Statistique Canada, Les seuils de faible revenu de 2008 et les mesures de faible revenu de 2007, *Série de documents de recherche - Revenu* (Catalogue 75F002M) Ottawa, Ministère de l'Industrie, 2009.
23. C.L.M. Keyes, « Mental health in adolescence: Is America's youth flourishing? », *American Journal of Orthopsychiatry*, 76(3), 2006, p. 395-402.
24. K.G. Low, « Flourishing, substance use and engagement in students entering college: A preliminary study », *Journal of American College Health*, 59(6), 2011, p. 555-561.
25. A. Ross, E. Friedmann, M. Bevans et S. Thomas, « National survey of yoga practitioners: mental and physical health benefits », *Complementary Therapies in Medicine*, 21(4), 2013, p. 313-323.
26. Statistique Canada, *Tableau 051-0001 Estimations de la population, selon le groupe d'âge et le sexe au 1er juillet, Canada, provinces et territoires annuel (personnes sauf indication contraire)* base de données CANSIM, document consulté le 7 mai 2014.
27. Statistique Canada, *Enquête sur la santé dans les collectivités canadiennes - Santé mentale*, disponible à l'adresse http://www23.statcan.gc.ca/imdb/p2SV.pl?Function=getSurvey&SDDS=5015. document consulté le 7 mai 2014.
28. F.A. Huppert et T.T.S. So, « Flourishing across Europe: Application of a new conceptual framework for defining well-being », *Social Indicators Research*, 110, 2013, p. 837-861
29. M. Joshanloo, M.P. Wissing, I.P. Khumalo et S.M.A. Lamers, « Measurement invariance of the Mental Health Continuum-Short Form (MHC-SF) across three cultural groups », *Personality and Individual Differences*, 55(7), 2013, p. 755-759.
30. F.A. Huppert, « Psychological well-being: Evidence regarding its causes and consequences », *Applied Psychology: Health and Well-being*, 1(2), 2009, p. 137-164.
31. L.A. Weiss, G.J. Westerhof et E.T. Bohlmeijer, « Nudging socially isolated people towards well-being with the 'Happiness Route': design of a randomized controlled trial for the evaluation of a happiness-based intervention », *Health and Quality of Life Outcomes*, 11, 2013, p. 159.
32. S. Dein, C.C.H. Cook et H. Koenig, « Religion, spirituality, and mental health: Current controversies and future directions », *Journal of Nervous and Mental Disease*, 200(10), 2010, p. 852-855.
33. C.L.M. Keyes, « *Overview of the Mental Health Continuum Short Form (MHC-SF)* », disponible à l'adresse http://www.aacu.org/bringing_theory/documents/MHC-SFBriefintroduciont9.18.203.pdf. document consulté le 2 avril 2014.

Annexe

Tableau A

Questions du Continuum de santé mentale – Questionnaire abrégé (CSM–QA)

Bien-être émotionnel

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence[†] vous êtes-vous senti...

1. Heureux(se)?
2. Intéressé(e) par la vie?
3. Satisfait(e) à l'égard de votre vie?

Fonctionnement positif

Au cours du dernier mois, à quelle fréquence[†] avez-vous senti / vous êtes-vous senti...

4. que vous aviez quelque chose d'important à apporter à la société? (contribution sociale)
5. que vous aviez un sentiment d'appartenance à une collectivité (comme un groupe social, votre quartier, votre ville, votre école)? (intégration sociale)
6. que notre société devient un meilleur endroit pour les gens comme vous? (croissance sociale)
7. que les gens sont fondamentalement bons? (acceptation sociale)
8. que le fonctionnement de la société a du sens pour vous? (cohérence sociale)
9. que vous aimiez la plupart des facettes de votre personnalité? (acceptation de soi)
10. que vous étiez bon(ne) pour gérer les responsabilités de votre quotidien? (maîtrise de l'environnement)
11. que vous aviez des relations chaleureuses et fondées sur la confiance avec d'autres personnes? (rapports positifs avec d'autres)
12. que vous viviez des expériences qui vous poussent à grandir et à devenir une meilleure personne? (croissance personnelle)
13. capable de penser ou d'exprimer vos propres idées et opinions? (autonomie)
14. que votre vie a un but ou une signification? (but dans la vie)

Florissante exige la réponse « presque tous les jours » ou « tous les jours » à au moins l'une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.

Languissante exige la réponse « une fois ou deux » ou « jamais » à au moins l'une des 3 questions sur le bien-être émotionnel, et à au moins 6 des 11 questions sur le fonctionnement positif.

Santé mentale modérément bonne s'entend de la santé mentale des personnes qui n'ont pas une santé mentale florissante ou languissante.

[†] tous les jours, presque tous les jours, environ 2 ou 3 fois par semaine, environ 1 fois par semaine, une fois ou deux, ou jamais.

Source : Keyes[20].